



UNIVERSITÀ DI PISA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

Tesi di laurea

**METODICHE DI INTERVENTO SANITARIO NEI CAMPI
PROFUGHI**

Candidato:

Catia Pulerà

Relatore:

Chiar.mo Prof. Giuseppe Evangelista

Anno Accademico 2012/2013

Indice

| | |
|--|----|
| 1: Organi di protezione dei rifugiati..... | 3 |
| 2 : Emergenza e Pratiche igienico-sanitarie..... | 10 |
| 3: Supporto psicologico..... | 20 |
| 4: La mia esperienza nel campo profughi di Pisa..... | 33 |
| Riassunto:..... | 38 |
| Bibliografia essenziale..... | 47 |
| Sitografia essenziale..... | 52 |
| Ringraziamenti..... | 53 |

I campi profughi sono luoghi nei quali sono ospitati i rifugiati. Il termine “ rifugiato” (o, più diffusamente, rifugiato politico) è un termine giuridico che indica chi è fuggito o chi è stato espulso a causa di discriminazioni politiche, religiose o razziali dal proprio Paese e trova ospitalità in un paese straniero. Ciò che caratterizza il rifugiato e l’aver ricevuto dalla legge dello stato che lo ospita o dalle convenzioni internazionali questo status e la relativa protezione attraverso l’asilo politico. Il fenomeno ha assunto dimensioni rilevanti dopo la Seconda guerra mondiale, quando l’Organizzazione delle Nazioni Unite ha istituito un organismo appositamente chiamato a tutelare i rifugiati, l’Alto Commissariato per i Rifugiati, (ACNUR, in inglese United Nations High Commissioner For Refugees, UNHCR) fondata alla fine del 1950. Di poco successiva alla fondazione dell’ACNUR è la prima definizione organica del concetto giuridico di rifugiato, contenuta nella Convenzione firmata a Ginevra il 28 luglio 1951. L’accordo internazionale sancisce l’equiparazione fra i cittadini dello stato ospitante e i rifugiati in materia civile, di esercizio della professione e di assistenza. Il termine rifugiato è però in questo

caso esteso a comprendere sia i rifugiati politici creati da eventi come guerre civili e discriminazioni etniche verso gruppi interi o anche rifugiati ambientali, la cui fuga dipende da disastri naturali o emergenze che portano al pericolo di vita di gruppi di persone, per motivi che non dipendono in maniera strettamente diretta da azioni umane. La gestione dell'emergenza profughi viene affrontata a livello nazionale invece dal Dipartimento di Protezione Civile che è un organo della Repubblica Italiana preposto alle attività di protezione civile, facente capo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri della Repubblica Italiana che si occupa a livello nazionale della previsione, prevenzione, gestione e superamento di disastri, calamità, umane e naturali, di situazioni di emergenza e in generale di eventi straordinari. Il nucleo tradizionalmente centrale resta però "la gestione dell'emergenza" e cioè dai cosiddetti compiti di soccorso e assistenza delle popolazioni colpite. La legge 125/1992 prevede all'articolo 5 "lo stato di emergenza" e "il potere di ordinanza" del Governo nella nomina dei Commissari straordinari. Quando un ente locale chiede e ottiene dal governo la dichiarazione di stato di emergenza è di grande evento, ovvero, si riscontra una situazione in cui la capacità di risposta dell'ente locale non sono in grado di far fronte ai problemi che si sono presentati, e quindi bisogna ricorrere all'ordinamento delle risorse superiori. Nell'ambito

territoriale di un comune per esempio il responsabile della Protezione Civile è il Sindaco, nella sua funzione di autorità comunale di Protezione Civile. Le strutture di protezione civile di cui si avvale il sistema di Protezione Civile sono:

il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco;

la Croce Rossa Italiana;

le Forze Armate;

le Forze di Polizia;

il Corpo Forestale dello Stato;

il Consiglio Nazionale delle Ricerche;

i Servizi Tecnici Naturali;

i Gruppi Nazionali di Ricerca Scientifica;

le strutture del Servizio Sanitario Nazionale;

le organizzazioni di Volontariato, le ONLUS;

il Corpo di Soccorso nazionale Alpino e Speleologico.

Negli ultimi decenni sono nate le Organizzazioni Non Governative, in sigla ONG, sono nate dal bisogno di singoli che ritenevano di porsi in alternativa o come completamento alle organizzazioni nazionali o sovranazionali su attività tematiche. In Italia sono delle particolari ONLUS che concentrano la loro attività nella cooperazione allo sviluppo e che sono riconosciute dal Ministero degli Esteri e inserite in una specifica lista. ONLUS nell'ordinamento italiano è l'acronimo dell'espressione

Organizzazione Non Lucrativa Di Utilità Sociale, indica una categoria tributaria alla quale, secondo l'art. 10 del d.lgs. 4 dicembre 1997, n. 460, appartengono enti di carattere privato, anche privi di personalità giuridica, i cui statuti o atti costitutivi, rispondono ai requisiti elencati nello stesso articolo. L'appartenenza a tali categoria attribuisce la possibilità di godere di alcune agevolazioni fiscali. Le ONG quindi sono organizzazioni indipendenti dai governi e dalle loro politiche e generalmente, anche se non sempre ottengono almeno una parte significativa dei loro introiti da fonti private, per lo più donazioni. Nel mondo anglosassone sono spesso indicate con la sigla PVO (di private voluntary organizations). L'espressione Organizzazione non governativa è stata menzionata per la prima volta dalle Nazioni Unite: l'articolo 71 della Carta Costituzionale dell'ONU prevede infatti la possibilità che il Consiglio Economico e Sociale possa consultare “ organizzazioni non governative interessate alle questioni che rientrano nella sua competenza”. I due caratteri essenziali quindi per definire un'organizzazione non governativa sono quindi costituiti dal carattere privato, non governativo dell'associazione, e da quello dell'assenza di profitto dell'attività. Caratteristica di queste organizzazioni è una forte spinta ideale finalizzata all'obiettivo di contribuire allo sviluppo globale dei paesi socialmente ed economicamente più arretrati.

Un'organizzazione molto importante nella gestione dei campi profughi è la Croce Rossa.

Originariamente solo la Croce Rossa doveva essere usata come simbolo della convenzione di Ginevra, ma le nazioni musulmane (principalmente l'impero ottomano, la futura Turchia) obiettarono e come risultato fu aggiunto un simbolo addizionale, la Mezzaluna Rossa. Va specificato che il Simbolo della Croce Rossa non nacque con riferimenti religiosi: in origine era inteso come una versione a colori invertiti della bandiera svizzera e voleva richiamare la neutralità della nazione. Successivamente la Persia (l'attuale Iran) fece in modo che fosse aggiunto un Leone e Sole Rossi (sono i simboli della Persia) alla lista degli emblemi protettivi. L'articolo 38 della Prima Convenzione di Ginevra del 12 Agosto 1949 riconosceva 3 emblemi per il Movimento della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa internazionale:

-La Croce Rossa

-La Mezzaluna Rossa

-Il Leone e Sole Rosso

Israele ha richiesto l'aggiunta di una Stella di David Rossa, sostenendo che siccome i simboli cristiani e musulmani sono

riconosciuti dovrebbero esserlo anche quello ebraico. Questo simbolo è stato utilizzato dalla società di soccorso israeliana, omologa della Croce Rossa, ma non è stato riconosciuto dalle leggi umanitarie internazionali. Il movimento della Croce Rossa ha quindi sviluppato un nuovo simbolo, il Cristallo Rosso, all'interno del quale potranno essere inseriti i simboli locali o anche nessun simbolo. Il cristallo rosso e il simbolo ufficiale della Croce Rossa o Mezzaluna Rossa Internazionale dall'8 Dicembre 2005, approvato con 98 voti favorevoli, 27 contrari e 9 astensioni.

La Croce Rossa secondo il suo statuto, svolge le sue attività sia in tempo di pace che in tempo di guerra:

- partecipa, in conformità alle Convenzioni di Ginevra, allo sgombero e alla cura dei malati e dei feriti, allo sgombero delle vittime, allo svolgimento delle attività sanitarie connesse alla difesa civile;
- disimpegna la ricerca e l'assistenza dei prigionieri di guerra, degli internati, dei dispersi, dei profughi, dei deportati e dei rifugiati;
- promuove e diffonde l'educazione sanitaria e la cultura di protezione civile;

- organizza e svolge attività di assistenza socio-sanitaria a popolazioni nazionali e straniere durante calamità ed emergenze;
- svolge i compiti di struttura operativa nazionale di protezione civile, in ambito sanitario ed assistenziale, in caso di maxiemergenze;
- organizza e svolge servizio di primo soccorso e trasporto infermi, nonché di servizi socio-assistenziali a livello nazionale, regionale, provinciale e locale;
- promuove ai giovani e giovanissimi le attività, i principi, le finalità della Croce Rossa;
- promuove e diffonde i principi umanitari propri della Croce Rossa Internazionale.

Nella gestione sanitaria di un campo possiamo distinguere due momenti:

- La fase dell'emergenza sanitaria: concentrata nelle prime ore per la preparazione del campo e la gestione della parte della popolazione che presenta maggiormente malattie;
- Successivamente si devono valutare e gestire gli eventi che hanno conseguenze sulla maggior parte della popolazione che è formata da individui sani, tutto ciò per tutelare la salute pubblica e la qualità della vita. I mezzi utilizzati sono principalmente due: la sorveglianza igienico sanitaria, e il supporto psicologico.

Nelle prime ore parte una squadra di operatori che si attivano per raggiungere il luogo in cui si decide di strutturare il campo o in cui si sono già accampati una serie di persone, per analizzare la situazione, in modo da poter comprenderla e poter definire le priorità d'intervento. Naturalmente tutto il team di primo soccorso viene preparato preventivamente sia nella costruzione pratica del campo e principalmente dell'unità medica sia nella gestione funzionale attraverso :

- dei Corsi di Formazione del personale specializzato:

finalizzati a incrementare le loro conoscenze e alla preparazione personale, della squadra e dei mezzi. All'arrivo si individua immediatamente il referente del luogo, l'amministrazione locale e i funzionari di riferimento, si predispone un sopralluogo dell'area esterna, per l'individuazione immediata dei punti più idonei per l'attivazione delle funzioni sanitarie oltre che di segreteria che vanno attivate da subito, e se necessario un'area di accoglienza, garantendo la separazione tra area soccorritori e area ospiti. Si inizia immediatamente il montaggio delle tende, e si cercano gli approvvigionamenti idrici ed elettrici. In genere la base autoportante permette un isolamento da terra igienico e funzionale a una resa termica migliore, un foglio di alluminio ed un tessuto di cotone creano una camera isotermica che eleva significativamente l'isolamento della tenda, mantenendo più agevolmente una temperatura interna adeguata, anche in assenza di un impianto di riscaldamento ausiliario. La corrente è garantita inizialmente dall'uso di Generatori, importanti per la fornitura di energia elettrica per l'uso dei macchinari medici e per l'illuminazione del campo e inoltre per il pompaggio e la depurazione dell'acqua. La Pompa idraulica permette di ottenere acqua potabile laddove i sistemi di pompaggio sono danneggiati, assenti o le fonti d'acqua lontane dalle popolazioni. I pannelli solari contribuiscono alla fornitura di elettricità e

ricaricano la batteria di emergenza a generatore spento. L'Equipaggiamento sanitario è caratterizzato in genere da: barella spinale con materiale per immobilizzazione, stecche bende, materassino a depressione, saturimetro, materiale per immobilizzazione, collari cervicali rigidi, impianto di distributore ossigeno, impianto di aspirazione, collari monouso, defibrillatore, ventilatore polmonare, strumentazione per test glicerina, aspiratore portatile, bombole portatili ossigeno, zaino di primo soccorso, set infettivi, set ustioni, set reimpianto arti a questi si aggiungono un lettino da ambulatorio , una lampada scialitica e piani di lavoro per la gestione delle emergenze medico-chirurgiche

Tra le prime ad essere attivate sono quindi le unità operative sanitarie che sono:

- Un poliambulatorio: per assistenza di primo soccorso.
- Un ospedale da campo: atto ad intervenire nelle emergenze di massa ed in grado di coprire emergenze polispecialistiche con strutture ad alta tecnologia. È progettata per aggiungersi alle strutture di prima fase ed è costituita da shelter technic, container ad uso trasporto e magazzinaggio attendamenti e relative attrezzature e arredi: è autosufficiente dal punto di vista sanitario e logistico. Assicura un alto livello di prestazioni sanitarie anche con elevata

affluenza prevede unità di degenza breve per fase di osservazione, pazienti acuti, decorso post-traumatico.

Tutto ciò è a supporto o sostituzione dei presidi esistenti.

Il personale sanitario operante all'interno è:

il Personale sanitario Medico: chirurghi d'urgenza, anestesisti e rianimatori, medici di pronto soccorso, ortopedici e traumatologi, pediatri, psicologi e igienisti;

il Personale sanitario non Medico: infermieri professionali e strumentisti sala operatoria, tecnici di laboratorio, tecnici anestesisti, tecnici ortopedici, gessisti, ostetriche;

Amministrativi, elettricisti e meccanici.

Funzioni del personale sanitario sono quelle di:

- Seguire la popolazione residente e il personale di protezione civile impiegato nella struttura di emergenza;
- Relazionarsi con gli operatori della struttura sanitaria locale già esistente;
- Monitorare la situazione igienico- sanitaria.

Deve essere inoltre presente un responsabile di sanità che ha la funzione di:

- Coordinare l'attività sanitaria all'interno della struttura di emergenza;

- Fare da tramite con gli operatori sanitari esterni al campo;
- Cooperare con il capo campo e il capo missione quotidianamente e insieme ai responsabili della ristorazione di pulizia e igiene attuare delle azioni mirate alla prevenzione di epidemie.

Successivamente infatti ci si occupa della gestione del campo adibita all'accoglienza della componente normale della popolazione, cercando di individuare ed eliminare gli eventuali fattori di rischio che possono minacciare la sanità pubblica e peggiorare la qualità di vita della popolazione. Non è infatti infrequente all'interno dei campi profughi a causa delle precarie condizioni igienico-sanitarie e del sovraffollamento il rischio di epidemie, per questo spetta al responsabile della sanità del campo attuare misure di Prevenzione Primaria per prevenire il contagio e la diffusione di malattie infettive. Questo attraverso:

Una Profilassi Aspecifica:

-Verifiche di bonifica e di disinfestazione per l'eliminazione di eventuali artropodi e in generale di eventuali vettori meccanici e biologici di malattie infettive; all'interno dei campi infatti possono essere presenti animali da compagnia a cui dovrà essere assicurato un corretto nutrimento oltre ad un iniziale screening per pulci e zecche da un apposito medico veterinario.

Se presenti animali randagi bisogna attivare appositi servizi di controllo e cattura. Possono essere presenti anche topi e ratti per i quali viene subito attuata una derattizzazione attraverso il posizionamento di esche protette (bambini, cani); inoltre artropodi quali blatte, mosche, zanzare, pulci, cimici, pidocchi e formiche e rettili. La presenza di alcune di queste specie può provocare non solo delle gravi epidemie ma anche reazioni emotive intense tra gli ospiti dei campi, tali paure benché fondate su timori non giustificati, devono essere tenute presenti dai responsabili sanitari su una popolazione già gravemente stressata da avversità e incertezze. Per questo motivo è necessaria un'accurata disinfestazione e derattizzazione anche prima della costruzione del campo.

- la promozione della Pulizia, dell'Igiene e della Disinfezione della persona e dei luoghi pubblici in cui i rifugiati si trovano , per garantire la diffusione di comportamenti corretti e il rispetto delle regole.

L'individuazione dei punti più idonei alla creazione dei servizi pubblici è il primo passo per cui: l'individuazione dell'area dove collocare le cucine da campo e la mensa, l'individuazione delle aree e delle caratteristiche strutturali del magazzino degli alimenti, tenendo conto della necessità di rotazione delle scorte e del corretto impiego delle temperature di conservazione; le

aree dove collocare i servizi igienici, che vanno tenuti a una certa distanza dal campo e sempre perfettamente puliti. Il personale delle pulizie dei servizi igienici inoltre deve cooperare con la direzione sanitaria: se ci sono tracce di diarrea nei bagni, segnalando anche l'assenza di tracce, cercando di individuare le persone affette da disturbi intestinali, osservandone il comportamento e inviandoli all'ospedale del campo per la terapia antibiotica, operando una disinfezione dei bagni contaminati, e promuovendo il lavaggio delle mani dopo aver usato i bagni e prima di ogni pasto. L'individuazione dell'aria dove stoccare i rifiuti, cercando di individuare i punti più idonei allo smaltimento e alla raccolta; in genere i rifiuti di fortuna vengono sotterrati con aggiunta di calce viva, mentre nei campi stabilizzati raccolti in contenitori e prelevati periodicamente per il trasporto in discariche o depuratori attivi. La corretta gestione dei rifiuti in un campo profughi è fondamentale per evitare la proliferazione di animali indesiderati, inoltre i rifiuti rappresentano un substrato favorevole alla crescita di microrganismi potenzialmente patogeni. Inoltre il responsabile di sanità fa la verifica giornaliera delle condizioni di igiene del campo ed in particolare dei locali destinati alla conservazione degli alimenti, preparazione e distribuzione dei pasti. Importante è anche

l'ispezione delle derrate alimentari fresche introdotte nel campo, il controllo delle date di scadenza degli alimenti conservati e la campionatura dei prodotti confezionati. È di primaria importanza inoltre la verifica igienica del personale impiegato nelle varie fasi di preparazione e distribuzione pasti, oltre che la formazione del personale volontario sulle modalità di conservazione degli alimenti, sulle tecniche di lavaggio e di disinfezione dei locali e sull'igiene del personale. Tutto il personale deve essere infatti fornito di guanti, camice, mascherina e occhiali, oltre che aver lavato accuratamente le mani prima di toccare ogni alimento. Importante è anche il controllo degli acquedotti e dei pozzi che possono essere potenzialmente soggetti a inquinamento chimico o microbiologico per cui sarà necessario rispettivamente un approvvigionamento esterno e bollitura, filtrazione o clorazione. Naturalmente essenziale è anche il coinvolgimento attivo dei profughi nelle attività igienico sanitarie del campo oltre che del rispetto delle norme igieniche, in considerazione infatti della ristrettezza e del sovraffollamento degli ambienti è necessaria una rigorosa igiene personale, una pulizia giornaliera della tenda oltre che al lavaggio e disinfezione settimanale di lenzuola e federe. L'obiettivo è infatti quello di rendere gli abitanti del campo non solo dei beneficiari passivi, da assistere

appunto, ma dei soggetti attivi e i protagonisti dell'aiuto e del supporto della loro comunità.

Purtroppo però per quanto riguarda le tende, le roulotte e i ricoveri in genere, il controllo diventa un po' più difficile perché non è possibile controllare ogni singola tenda o ogni singolo vano. Spesso la persona o le persone che le abitano non hanno molta cura di un ambiente che, in particolare per i volontari, è spesso solo il deposito delle loro cose e il dormitorio dove passare la notte. A causa di questo atteggiamento le condizioni di pulizia e igiene di questi ambienti sono spesso precarie. Per ovviare a questi inconvenienti che possono pregiudicare in tutto o in parte gli sforzi per garantire livelli igienico-sanitari accettabili all'interno dei campi, è necessario che i responsabili dei campi stessi si facciano promotori di campagne di sensibilizzazione verso tutti i residenti.

La Profilassi Specifica è invece basata su:

le Vaccinazioni: al fine di prevenire una particolare infezione in previsione del contagio e si attua quindi preventivamente. I principali beneficiari sono spesso i bambini che vengono sottoposti a vaccinazioni principalmente contro poliomelite e morbillo.

La sieroprofilassi : passiva, in caso di esposizione, per fornire anticorpi già attivi atti a contrastare il proliferarsi dell'infezione.

Le chemioprophylassi: con cui vengono chemioterapici e antibiotici a persone esposte a un rischio di contagio con lo scopo di bloccare lo sviluppo del processo infettivo, per esempio gli anti-malarici, o pasticche contro vermi intestinali.

La profilassi comportamentale: con cui si adottano particolari comportamenti atti a prevenire l'esposizione al vettore di una malattia, per esempio gli spray anti-zanzara contro la malaria. Tutto questo finalizzato a diminuire di molto il rischio epidemie in aree sovraffollate, che soffrono di innate condizioni precarie dal punto di vista strutturale e sanitario, con carenza d'acqua e di medicinali e dove spesso delle abbondanti piogge possono peggiorare drasticamente la situazione con episodi di dissenteria, virus intestinali, infezioni dermatologiche e a trasmissione aerea e sessuale che colpiscono principalmente donne e bambini, che sono maggiormente vulnerabili. Molto diffusi sono infatti Colera, Morbillo e Poliomelite contro le quali vengono fatte delle grandi campagne di vaccinazione soprattutto nei bambini sotto i 5 anni, l'Epatite, Malaria, Tifo e Tubercolosi. Possiamo capire quindi in questi contesti la grandissima importanza della promozione dell'igiene e della pulizia oltre che delle campagne di vaccinazione per evitare gravi degenerazioni di tipo sanitario in una popolazione già molto provata dalla sofferenza.

Il servizio di Assistenza Psicologica nasce con lo scopo di offrire agli ospiti risiedenti all'interno del campo, uno spazio di ascolto, accoglienza e sostegno rispetto alle loro problematiche emotive. L'obiettivo che ci si pone è quello di facilitare la ricostruzione delle loro storie traumatiche, valutare la presenza di conseguenti disagi psichici, permettere di rielaborare il vissuto attraverso l'integrazione delle loro emozioni legate all'evento narrato. L'ospite può giungere al servizio attraverso due modalità o perché spinto da una motivazione interiormente maturata, essendo già a conoscenza del significato e della funzione che un servizio di assistenza psicologica può avere, o attraverso un invio effettuato dall'infermiera del campo, dai mediatori culturali o da altri servizi. Costituisce inoltre una buona prassi che lo psicologo sia presente al momento dello sbarco e si presenti ai nuovi arrivati, in un secondo momento, insieme agli altri servizi presenti nel campo.

Il primo colloquio consiste nella raccolta anamnestica e nell'osservazione clinica della sintomatologia riferita. A tal scopo, durante il primo colloquio, si cerca di instaurare con l'ospite un rapporto di fiducia ed un adeguato rapporto empatico. L'empatia

(da empatia... passione) viene sentita come la comprensione dell'altro che si concretizza immergendosi nella sua soggettività senza sconfinare nella identificazione. In questo caso il terapeuta è in grado di considerazione o accettazione positiva incondizionata verso il paziente, nella misura in cui sente di accettare ogni aspetto dell'altro, ogni sentimento espresso o non espresso. E grazie a questa assenza di giudizio che il terapeuta potrà avere una comprensione empatica di quanto il paziente sente a livello cosciente. Si riconosce nell'empatia infatti una struttura primaria di contatto con il paziente che si concretizza poi nella condizione di un sentire reciproco, di un avvertire e percepire un flusso di sensazioni, stati d'animo, condiviso. Ma l'empatia è innanzi tutto un aspetto di comunicazione che si allontana totalmente dalla comunicazione stereotipata. In un campo d'azione così specifico, come può essere un campo profughi, l'empatia rappresenta la porta di ingresso e l'elemento fondamentale di cura della relazione terapeutica. La raccolta anamnestica, consiste nell'ottenere e registrare informazioni riguardanti la famiglia d'origine, la storia scolastica, lavorativa, sentimentale, ed eventuali hobby e sport praticati. Durante il primo colloquio, generalmente viene chiesto all'ospite di raccontare la propria storia personale, cercando di focalizzare l'attenzione sui motivi che l'hanno indotto a lasciare la sua terra. In questa fase viene effettuata inoltre un'osservazione

clinica circa i sintomi presentati dal soggetto. Per verificare e approfondire le ipotesi diagnostiche formulate durante il colloquio, ma in particolare al fine di fornire un quadro il più possibile oggettivo della situazione psicologica del soggetto si è sperimentata la possibilità di accompagnare i colloqui clinici con delle Scale diagnostiche e i test grafici (disegno della figura umana e i test dell'albero). La scelta di utilizzare, in maniera sperimentale, tali test è nata dal fatto che sono considerati di semplice e relativamente veloce somministrazione e non necessitano dell'utilizzo di materiale elaborato. La peculiarità di questi strumenti è che permettono un'indagine ad un livello più profondo, andando a sondare aspetti importanti. I test proiettivi permettono di avere una visione complessiva della personalità del soggetto: gli stati emotivi, il modo di stabilire rapporti umani, le tendenze del soggetto, i suoi conflitti più intimi e profondi. L'utilizzo di tali test non può prescindere dalla conoscenza dell'ospite tramite la relazione terapeutica e da una preliminare spiegazione circa la modalità e il significato della somministrazione del test. Dall'esperienza effettuata è emerso che l'ospite si fosse sentito rassicurato dal ritrovare all'interno della scala diagnostica, molti dei sintomi di cui soffre, venendogli spiegato che tali sintomi costituiscono una normale risposta fisiologica ad un'anormale esperienza traumatica vissuta. La

finalità del colloquio psicologico è la conoscenza dell'altro e del suo funzionamento psichico.

1° scopo: rientra nell'ambito di intervento della funzione psicologica rivolta all'utenza, è il prendersi cura degli aspetti psicologici e affettivi dei richiedenti asilo. Prendersi cura significa innanzitutto accogliere e ascoltare. Nel corso dei colloqui di consulenza psicologica, che in genere vengono svolti attraverso tre incontri, ricerca di riconoscere i segni della sofferenza psichica e fisica, e di esplorare le risorse di cui il rifugiato dispone per farvi fronte. Una particolare attenzione va data all'individuazione di segni di sofferenza che nascondono un trauma psichico ossia un evento che provoca una sofferenza tale che l'individuo non è in grado di farvi fronte, il suo Io ne rimane schiacciato, per cui si attiva un blocco che impedisce l'iscrizione traumatica nella memoria esplicita (di cui conserva il ricordo); essa allora è inaccessibile al pensiero e per questo inelaborabile. Esso (il ricordo) viene registrato solo dalla memoria implicita (quella di cui non si conserva un ricordo cosciente) e sarà il corpo attraverso sintomi psichici e somatici, a rivelarne l'esistenza, compito del colloquio psicologico è quello anche di individuare traumi che tormentano la vita del richiedente asilo sotto le diverse forme e prendersene cura. È importante ricordare che sugli aspetti psicologici e affettivi non incide solo l'azione dello psicologo ma

quella di tutti gli operatori che seguono i profughi durante il periodo di permanenza all'interno del campo. Lo psicologo però, può fornire chiavi di lettura di ciò che si sta realizzando al fine di aumentare la consapevolezza della valenza più o meno terapeutica di una determinata modalità di entrarci in relazione.

2° scopo: sostenere l'elaborazione dei processi psichici che accompagnano l'esilio. I processi più rilevanti che vengono affrontati durante il percorso psicoterapeutico sono: la depressione e il lutto per tutto ciò che si è abbandonato, i vissuti persecutori e sensi di colpa rispetto a questo abbandono. Uno dei modi per sostenere l'elaborazione di queste perdite è la ricostruzione del Sé, affinché possa realizzarsi un'integrazione sociale e lavorativa, è proprio fornire il supporto che faciliti la possibilità di sperimentare nuovamente il sentirsi a casa.

3° scopo: favorire il superamento dei vincoli di natura affettiva e culturale che ostacolano l'integrazione sociale. Qui mi riferisco a difficoltà che possono mostrare nello svolgere attività importanti quali l'apprendimento dell'italiano. Le difficoltà che molti incontrano, oltre a quelle oggettive, sono dovute anche a resistenze affettive e culturali che possono essere scambiate per cattiva volontà e che, se non comprese, possono portare a irrigidimenti che possono amplificare le difficoltà invece di ridurle. Per trattare queste resistenze lo psicologo, che in un lavoro

con persone provenienti da culture diverse dalla nostra, deve possedere competenze anche di clinica transculturale e deve lavorare per una decodifica culturale. La funzione psicologica deve essere messa al servizio dell'orientamento culturale, partendo dalla cultura di origine, sostenendo la costruzione di significati della propria storia e del proprio progetto di vita a partire dall'appartenenza culturale che li contraddistingue. Solo avendo cura di salvaguardare la loro identità culturale, e aiutandoli a costruire un ponte interno, capace di far coesistere le due culture e possibile favorire il suo adattamento nel contesto straniero senza sentirsene minacciato. Durante il percorso psicoterapeutico, lo psicologo dovrebbe cercare di comprendere il paziente immigrato e la sofferenza che egli esprime attraverso i suoi codici culturali. Qualora venga accertata la presenza di un disturbo psichico, e la necessità di un intervento farmacologico, si predispone la possibilità di richiedere una consulenza psichiatrica. Il servizio prevede, in casi di questo tipo che gli ospiti vengano accompagnati dallo psicologo che li ha presi in carico, con il compito di presentare il caso clinico durante lo svolgimento della consulenza psichiatrica. Durante il periodo di permanenza all'interno del campo, il servizio si occupa di attuare un monitoraggio costante del trattamento farmacologico in atto. Quanto viene espletato attraverso numerosi accompagnamenti

presso l'infermeria del campo e attraverso la prenotazione di controlli clinici periodici, finalizzati al controllo e al contenimento della sintomatologia presentata dall'ospite. Occorre precisare che la richiesta di consulenza psichiatrica viene valutata solo in casi di effettiva necessità. In particolare si ricorre all'aiuto dei farmaci nel caso di quadri ansioso-depressivi di estrema gravità per il soggetto. Spesso, infatti, prima di richiedere l'intervento dello psichiatra, si procede all'invio del caso presso l'infermeria del campo, ai fini di un trattamento farmacologico contemporaneo. Molto frequente è l'utilizzo di benzodiazepine, farmaci ad azione sedativa, che producono una riduzione dell'ansia e dell'agitazione psicomotoria, utilizzate anche per l'induzione e il mantenimento del sonno.

Spesso, nel corso dei colloqui clinici vengono rilevate da parte degli ospiti delle reazioni di sfiducia e timore nei confronti della prescrizione psicofarmacologica, oltre che delle aspettative molto alte al riguardo. Molti soggetti sviluppano, infatti, la convinzione che l'assunzione di psicofarmaci possa modificare in modo permanente, comportamenti, pensieri ed emozioni, arrivando a considerare la terapia farmacologica come “la soluzione dei loro problemi”. Si tenta, quindi, di lavorare sulle aspettative dell'ospite, al fine di indurlo ad una rivalutazione della terapia, partendo dall'assunto che i disturbi mentali “sono momenti

transitori di sofferenza” che vanno affrontati anche con le proprie risorse psichiche utilizzando volontà, coraggio e forza d’animo. Per i casi considerati vulnerabili viene stilata una valutazione psicologica in cui viene descritto il quadro clinico dell’ospite. Nella relazione psicologica dovrebbero essere menzionati tutti i quadri sindromici le patologie e i disturbi rilevanti emersi durante i colloqui e l’osservazione clinica. La relazione psicologica e la documentazione medica vengono solitamente consegnate alla commissione territoriale prima che l’ospite venga convocato. Meccanismi difensivi quali la dissociazione, il congelamento e le amnesie, messi in atto da colui che ha subito traumi e stremi violenze e torture al fine di allontanare dalla coscienza i sentimenti dolorosi possono apparire ad un occhio non clinico come segnali di un’affermazione insincera. Lo scopo della relazione psicologica assume in questi casi la funzione specifica di mettere in luce tali meccanismi, mettendoli in relazione con le esperienze traumatiche vissute dal soggetto. I fenomeni psicopatologici sono connessi in modo complesso al processo migratorio, in quanto fattore di rischio a breve, medio, lungo termine capace di destabilizzare la presenza del mondo delle persone. Forme di disagio psichico si possono presentare in qualsiasi momento del ciclo migratorio. La migrazione si presenta come una situazione di crisi, in quanto luogo della transizione rischiosa che ospite simultaneamente e

alternativamente la dissoluzione e lo sviluppo, la crescita e la regressione. La maggior parte degli ospiti presi in carico dal servizio di assistenza psicologica evidenzia serie problematiche a livello psichico. Attualmente esiste un dibattito in corso rispetto alle diagnosi classiche per descrivere i quadri psichici riscontrabili nelle popolazioni rifugiate sia poiché considerate adeguate a descriverli nella loro complessità sia perché rischiano di applicare un'etichetta psicopatologica a vissuti che, in una prospettiva diversa, apparirebbero manifestazioni adeguate di risposta a eventi traumatici e violenti. È possibile, ci si chiede, considerare affetto da “ disturbo paranoide” una persona che proviene da un'etnia che da generazioni è vittima di persecuzioni e che continua a sentirsi minacciato anche se tali minacce non sono attualmente presenti? Le reazioni maggiormente riscontrate sono le seguenti:

- **REAZIONI D'ADATTAMENTO:** sintomatologia che interviene durante i primi mesi di soggiorno e che si presenta nella forma di uno spaesamento contraddistinto da ansietà, depressione, incertezza, difficoltà ad orientarsi nelle scelte, sintomatologia che può presentarsi anche in forma acuta e grave
- **REAZIONI PSICOSOMATICHE:** il corpo doloranteastenico o gastrico diventa il depositario di tutti i conflitti inerenti la migrazione. I disturbi psicosomatici si possono considerare malattie

vere e proprie che comportano danni a livello organico e che sono causate o aggravate da fattori emozionali. I sintomi psicosomatici coinvolgono il sistema nervoso autonomo e forniscono una risposta vegetativa a situazioni di disagio psichico o di stress. Le emozioni negative, come il risentimento, il rimpianto e la preoccupazione possono mantenere il sistema nervoso autonomo (sistema simpatico) in uno stato di eccitazione e il corpo in una condizione di emergenza continua , a volte per un tempo più lungo di quello che un organismo è in grado di sopportare. I pensieri troppo angosciosi, quindi, possono mantenere il sistema nervoso autonomo in uno stato di attivazione persistente il quale può provocare dei danni agli organi più deboli. Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi nell'apparato gastrointestinale (gastrite, colite ulcerosa, ulcera peptica) nell'apparato cardiocircolatorio (tachicardie, aritmie, cardiopatia ischemica, ipertensione essenziale) nell'apparato respiratorio (asma bronchiale, sindrome iperventilatoria), nell'apparato urogenitale (dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia, enuresi), nel sistema cutaneo (la psoriasi, l'acne, la dermatite atopica, il prurito, l'orticaria, la secchezza della cute e delle mucose e la sudorazione profusa), nel sistema muscolo scheletrico (la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide, la cefalea nucale) e nell'alimentazione.

- **QUADRI PSICOTICI:** si tratta in genere di sviluppi deliranti a sfondo persecutorio, di stati confusionali improvvisi , di forme allucinatorie, di eccitamenti maniacali e di forme depressive atipiche.

- **DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS:** tale categoria diagnostica sta ad indicare una serie di sintomi psichici, evidenziabili in un soggetto che è stato esposto ad un evento traumatico di notevole entità “ che ha implicato morte o minaccia di morte o gravi lesioni, o minaccia all’integrità fisica propria o di altri “ (DSM.IV manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Tale disturbo costituisce causa di disagio clinicamente significativo e spesso determina una vera menomazione del funzionamento sociale. In casi del genere si richiede una vera presa in carico terapeutica al fine di scongiurare una evoluzione negativa del quadro sintropico che, viceversa, potrebbe comportare un rischio grave per la psiche del soggetto. La prevenzione ed il trattamento di tale disturbo possono essere notevolmente migliorati fornendo assistenza immediata e sostegno per ridurre il disagio e le eventuali complicazioni. Altre patologie riscontrate che riguardano sempre patologie di tipo ansioso sono: **DISTURBO DA ATTACCHI DI PANICO, FOBIE, DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO.** Anche queste problematiche vengono trattate associando la psicoterapia alla terapia farmacologica. Si riscontra inoltre la

presenza di ospiti con patologie cliniche già conclamate ed evidenziate nel loro paese o nel paese in cui hanno transitato. Si è potuto rilevare che tali sintomatologie presentate dagli ospiti spesso esplodono in forma evidente o si acutizzano proprio durante il periodo di soggiorno all'interno del campo. Ciò accade soprattutto a causa della , a volte, molto lunga permanenza all'interno del campo, durante la quale i soggetti che di per se presentano una conformazione emotiva “ fragile” , si trovano ad affrontare il forte impatto con contesti socio-culturali completamente nuovi e diversi. Il processo di adattamento e di integrazione richiede molto tempo e forza interiore, fattori che purtroppo gli ospiti non sono in grado di gestire perché le loro modalità di vita nei loro paesi sono state sempre determinate dalla “sopravvivenza” per vari motivi: politici, religiosi, di povertà, portandosi dentro le conseguenze di ciò che hanno vissuto. Pertanto una volta raggiunta la tanto sofferta “ terra della salvezza”, vivono l'ansia dell'attesa di una risposta positiva o negativa (il permesso di soggiorno) che determinerà il loro futuro e la stessa vita propria e dei familiari che sono rimasti nei paesi di origine e che spesso subiscono le conseguenze delle loro fughe. In tali condizioni il rischio è l'insorgenza o il peggioramento di sintomatologie psichiatriche come quelle sopra descritte.

La mia esperienza inizia due anni fa, nel 2011 quando circa 30 mila persone in fuga dal Nord Africa presentarono domanda di protezione internazionale sul territorio italiano. L'allora governo italiano decretò lo stato di emergenza istituendo la cosiddetta EMERGENZA NORD AFRICA. Durante la quale alcuni ragazzi di etnia africana attualmente residenti nel Centro di Accoglienza di Pisa in via Pietrasantina, hanno lasciato l'Africa attraversando il Mediterraneo, trasportati da gommoni, dopo aver pagato ingenti somme di denaro. Attraversare il Mediterraneo è stato molto difficile, pieno di ostacoli e difficoltà, durante il quale molti hanno perso amici o parenti. Dopo giorni di viaggio arrivano finalmente a Lampedusa dove allo sbarco vengono immediatamente soccorsi dalla guardia costiera e dalla guardia di finanza e da operatori di molte organizzazioni umanitarie. Trasportati in dei centri di accoglienza vengono fatte le prime indagini riguardo la loro provenienza, gli vengono prese le impronte digitali e vengono accolte le loro domande di asilo. La maggior parte di questi ragazzi principalmente uomini hanno un'età media di 25 anni non

sono propriamente libici ma sono di nazioni confinanti la Libia, le etnie più rappresentate sono del Ciad, del Mali, dell’Etiopia e del Sudan, molti di loro infatti erano precedentemente scappati dalle condizioni di guerra presenti nel loro paese e dalle persecuzioni che avevano subito per trovare un po’ di serenità in Libia dove quasi tutti lavoravano per mantenere se stessi e le loro famiglie. Scoppiata la guerra in Libia si ritrovano di nuovo a scappare, destinazione Italia nella quale riversano molte aspettative e speranze. Da Lampedusa circa 44 ragazzi vengono selezionati e mandati al campo profughi di Pisa presi in custodia dalla Croce Rossa soggiornano inizialmente in un edificio nel Parco di S. Rossore dove però sono completamente lontani dal mondo e non hanno alcun contatto con la popolazione per una maggiore integrazione nel territorio. Per questo dopo alcuni mesi vengono spostati all’ex sede della Croce Rossa in via Pietrasantina da dove muniti di biciclette possono uscire dal campo per relazionarsi con la gente del luogo, principalmente con gli studenti con i quali instaurano degli ottimi rapporti di amicizia. Viene inoltre organizzata una festa dove vengono invitati i rappresentanti della città e i cittadini per far conoscere la nuova situazione che si è andata a creare e soprattutto per diminuire i forti pregiudizi che si sono creati a riguardo. Soggiornano quindi in strutture non in mattone, che vengono sistemate ad alloggi, in ogni stanza

dormono rispettivamente 2 – 3 ragazzi. Una mensa fornisce loro da mangiare, un cibo non proprio di ottima qualità. Vengono organizzate mediante delle organizzazioni umanitarie dei corsi di italiano gratuiti per stranieri. Gli viene quindi garantito vitto e alloggio mentre aspettano la convocazione della Commissione Territoriale per il diritto di asilo. Lo stato da 46 euro a persona al giorno per garantirgli vitto, alloggio e un'integrazione sociale. Io lavoro nel campo come volontaria, gestisco la parte sanitaria del centro dove affianco le infermiere volontarie nella diagnosi dei pazienti che si rivolgono all'infermeria, fornisco i farmaci di cui hanno bisogno, catalogo tutto ciò che entra ed esce dall'infermeria, inoltre accompagno i ragazzi alle visite negli ambulatori per stranieri e li aiuto nella documentazione per ricevere l'assistenza gratuita dal Sistema Sanitario Nazionale. La maggior parte di loro lamenta cefalee per le quali prendono molto frequentemente antinfiammatori, sicuramente queste cefalee poiché si manifestavano all'inizio del loro arrivo in Italia sono di natura psicosomatica. La maggior parte dei disturbi rilevati sono di natura psicosomatica. Insieme a queste cefalee si è manifestato anche un caso di prurito che si manifestava in tutto il corpo. Da quello che si poteva notare l'ospite era realmente sofferente ma non sembrava ci fossero particolari problemi. Poiché gli ospiti si presentavano nell'infermeria spesso per problemi apparentemente

irrilevanti si è tenuto comunque conto di questa sintomatologia poiché la sofferenza era evidente e veniva data loro la giusta considerazione, si era infatti consapevoli che il problema era di natura psicosomatica. Si trattava probabilmente del “ prurito sine materia” quadro clinico connotato da una notevole sintomatologia pruriginosa soggettiva ma senza segni obbiettivi, fatta eccezione per le lesioni causate dallo sfregamento e senza che ne venga identificata una specifica eziologia. Da precisare che si tratta di un disturbo che tende ad autolimitarsi ed a scomparire col passare del tempo, dunque con l’eventuale integrazione dell’immigrato. Il Prurito sine Materia esprime il disagio nei confronti del proprio corpo, segnalando continuamente all’ospite l’estraneità rispetto al contesto. In sintesi la pelle diventa la sede di un conflitto tra il bisogno di adattarsi alla nuova realtà e il conseguente timore di perdere se stessi, la propria identità di partenza, e quello di rassicurarsi di essere sempre se stessi, con il conseguente timore di rimanere estranei ed emarginati rispetto al nuovo contesto. Per questo si dà molta importanza alla relazione medico paziente al punto di essere uno dei principi cardine su cui si creano dei forti legami tra la popolazione del centro e gli operatori dell’infermeria. Altri problemi di natura psicosomatica erano i problemi gastroenterici, è infatti lo stomaco e l’intestino il secondo cervello umano che subisce i colpi emotivi che questi ragazzi sentono e che

si manifestano poi con dolori epigastrici e coliche gastro-intestinali. Oltre che ai frequenti mal di denti che ci portavano a portarli frequentemente a visite odontoiatriche. Un caso molto difficile è stato il caso di M. un sudanese che aveva problemi forti di alcolismo, con i pochi soldi infatti che gli forniva la Croce Rossa settimanalmente andava a rifornirsi di bevande alcoliche a causa delle quali creava scompiglio nel centro, con grida e urla a volontà. Il centro era fornito di uno psicologo che ho cercato molte volte di contattare ma irreperibile non si è mai presentato e questa situazione peggiorava di giorno in giorno. Per questo veniva gestita da uno dei responsabili del centro che una notte indossando un paio di guanti di pelle nera andò nella stanza di M. e risolse la situazione momentaneamente. Questo evento mi portò in seguito a lasciare il centro. Comunque molti erano i casi di depressione all'interno dello stesso uno dei quali si è concluso con un suicidio. Uno dei ragazzi somali infatti trasferitosi a Firenze in una comunità somala si è lanciato dal quarto piano di un edificio arrivando alla morte. G. soffriva di depressione e di problemi psicologici.

Riassunto

I campi profughi sono luoghi in cui sono ospitati i rifugiati. Con il termine rifugiato si intende chi è fuggito o è stato espulso a causa di discriminazioni politiche, religiose o razziali dal proprio paese e trova ospitalità in un paese straniero. Ciò che lo caratterizza è l'aver ricevuto dal paese che lo ospita questo status e la relativa protezione mediante l'asilo politico. Il fenomeno ha assunto dimensioni rilevanti dopo la seconda guerra mondiale, quando è stato fondato dalle Nazioni Unite un organismo appositamente chiamato a tutelare i rifugiati, l'Alto commissariato per i rifugiati (ACNUR in inglese United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR). A livello nazionale invece la gestione dell'emergenza profughi viene gestita dal Dipartimento di Protezione Civile facente capo alla Presidenza del consiglio dei Ministri della Repubblica Italiana che si occupa della previsione, prevenzione, gestione e superamento dei disastri, calamità umane e naturali, di situazioni di emergenza e in generale di eventi straordinari. La più importante organizzazione non governativa che gestisce i campi è la Croce Rossa. Nella gestione sanitaria di un campo possiamo distinguere due momenti:

- La fase iniziale dell'emergenza sanitaria: concentrata nelle prime ore per la preparazione del campo e la gestione della parte della popolazione che presenta maggiori malattie;
- Successivamente si devono valutare e gestire gli eventi che hanno conseguenze sugli individui normali, tutto ciò per tutelare la salute pubblica e la qualità della vita. I mezzi utilizzati sono principalmente due: la sorveglianza igienico-sanitaria e il supporto psicologico.

Il personale viene preparato preventivamente mediante:

- Dei corsi di formazione.

Durante i quali si perfeziona la rapidità di attivazione e l'allestimento del campo. Le prime strutture ad essere attivate sono le unità operative sanitarie che sono:

- Un Poliambulatorio.
- Un ospedale da campo: atto ad intervenire nelle emergenze di massa ed in grado di coprire emergenze polispecialistiche con strutture ad alta tecnologia.

Il personale ospitante all'interno è:

- Personale medico: chirurghi d'urgenza, anestesisti, rianimatori, medici di pronto soccorso, ortopedici, psicologi ecc.

- Personale non medico: infermieri, tecnici, strumentisti di sala operatoria

Amministrativi, elettricisti e meccanici.

Funzioni del personale sanitario sono quelle:

- Seguire la popolazione residente e il personale di protezione civile impiegato all'interno;
- Relazionarsi con gli operatori della struttura sanitaria locale già esistente;
- Monitorare la situazione igienico-sanitaria.

Successivamente invece ci si occupa della gestione del campo adibito all'accoglienza della parte sana della popolazione, cercando di individuare ed eliminare i fattori di rischio che possono minacciare la sanità pubblica e peggiorare la qualità di vita. Non è infatti infrequente all'interno dei campi attuare misure di prevenzione primaria per prevenire il contagio e la diffusione di malattie infettive. Questo attraverso:

Una profilassi aspecifica:

- Verifiche di bonifica e di disinfestazione per l'eliminazione di eventuali artropodi e di vettori meccanici e biologici di malattie infettive; possono esserci infatti all'interno dei cam-

pi animali da compagnia ai quali deve essere assicurato un corretto nutrimento oltre che ad un iniziale screening per pulci e zecche da un apposito medico veterinario. Se presenti animali randagi bisogna attivare appositi servizi di controllo e cattura. Possono essere presenti anche topi e ratti per i quali viene attuato una derattizzazione attraverso il posizionamento di esche protette. Inoltre artropodi quali blatte, mosche, pulci, zecche e rettili che possono provocare non solo delle gravi epidemie ma anche un'intensa reazione emotiva da parte degli ospiti di cui bisogna tener conto in quanto persone già segnate da gravi avversità e incertezze.

- La promozione della Pulizia, dell'Igiene e della disinfezione della persona e dei luoghi pubblici in cui i rifugiati si trovano, per garantire la diffusione di ambienti corretti e la diffusione delle regole; importante l'individuazione dell'area dove collocare la cucina da campo e la mensa; oltre che dei servizi igienici che vanno tenuti a una certa distanza dal campo e sempre perfettamente puliti, individuare inoltre l'area per lo stoccaggio dei rifiuti, in genere i rifiuti di fortuna vengono sotterrati con l'aggiunta di calce viva, mentre nei campi stabilizzati raccolti in contenitori e prelevati periodicamente per il trasporto in discariche. Tutto ciò per evitare la proliferazione

di animali indesiderati e di microrganismi potenzialmente patogeni. È inoltre importante il controllo delle derrate alimentari fresche, il controllo delle date di scadenza degli alimenti conservati. È di primaria importanza la verifica igienica del personale impiegato nelle varie fasi di preparazione e distribuzione pasti, oltre che sulle modalità di conservazione degli alimenti. Tutto il personale infatti deve essere fornito di guanti camice e mascherina oltre che di aver lavato accuratamente le mani prima di poter toccare ogni alimento. Naturalmente importante è anche il coinvolgimento attivo dei richiedenti asilo per i quali è necessaria una rigorosa igiene personale, una pulizia giornaliera della tenda e disinfezione settimanale di lenzuola e federe. L'obiettivo è infatti quello di rendere gli abitanti del campo non solo dei beneficiari passivi ma dei protagonisti attivi dell'aiuto e del supporto della loro comunità.

La profilassi specifica è invece basata su :

- Le vaccinazioni: principalmente i bambini per poliomelite e morbillo;
- La sieroprofilassi passiva: per fornire anticorpi già attivi atti a contrastare il proliferarsi dell'infezione;

- La chemioprophilassi: per esempio antimalarici o pasticche contro vermi intestinali a persone esposte a un rischio di contagio con lo scopo di bloccare lo sviluppo del processo infettivo;
- La profilassi comportamentale: con cui si attuano determinati comportamenti atti a prevenire l'esposizione al vettore, per esempio gli spray anti -zanzara contro la malaria.

Tutto questo è finalizzato a diminuire il rischio epidemie. Diffuse sono colera, poliomelite e morbillo insieme a epatite, malaria, tifo e tubercolosi che colpiscono i soggetti più vulnerabili quali donne e bambini e per i quali vengono attuate grandi campagne di vaccinazione per evitare gravi degenerazioni sanitarie di una popolazione già molto provata dalla sofferenza.

Importante è anche in questi contesti il supporto psicologico. L'ospite può arrivare al servizio psicologico da solo già consapevole del significato che questo servizio può avere o attraverso un invio effettuato da un'infermiera del campo. Il primo colloquio viene fatto con lo psicologo quindi ed è molto importante. Si cerca di ricostruire le loro storie traumatiche, si valuta la presenza di disagi psichici per i quali se necessario viene richiesta la consulenza psichiatrica e le eventuali cure farmacologiche. Attualmente però esiste un dibattito in corso rispetto alle dia-

gnosi classiche per descrivere i quadri psichici riscontrati nelle popolazioni rifugiate perché rischiano di applicare un'etichetta psicopatologica a dei vissuti che sono solo un'adeguata risposta a eventi traumatici e violenti. È possibile infatti considerare affetto da un disturbo paranoide una persona che proviene da un'etnia che da secoli è vittima di persecuzioni e che continua a sentirsi minacciato anche se queste minacce non sono presenti? Le reazioni maggiormente riscontrate sono le seguenti:

- Reazioni di adattamento: avviene durante i primi mesi di soggiorno, reazioni di spaesamento con ansietà, depressione, difficoltà a orientarsi nelle scelte;
- Reazioni psicosomatiche: le emozioni negative come il risentimento e il rimpianto possono mantenere il sistema nervoso autonomo simpatico in uno stato sempre attivo e il corpo in uno stato di eccitazione e di emergenza continuo che può provocare danni agli organi più deboli. Si può manifestare nell'apparato gastroenterico, cardiaco e respiratorio con: gastriti, tachicardie, aritmie, asma bronchiale; può colpire anche l'apparato urogenitale con: dolori mestruali, impotenza ed eiaculazione precoce; il sistema cutaneo e muscolo scheletrico con: psoriasi, prurito, acne, orticaria, cefalea, mialgie e artralgie;

- Quadri psicotici: deliri a sfondo persecutorio, allucinazioni o forme maniacali;
- Disturbo post – traumatico da stress: entità che ha implicato morte o minaccia di morte, o gravi lesioni, o minaccia all'integrità fisica propria o di altri. Tale disagio può produrre una vera e propria menomazione dal punto di vista sociale per questo bisogna intervenire rapidamente associando alla psicoterapia cure farmacologiche.

Il Centro di Accoglienza che ho seguito qui a Pisa in via Pietra-santina è nato 2 anni fa quando 30 mila persone in fuga dal nord africa presentarono domanda di protezione internazionale sul territorio italiano. L'allora governo italiano decretò lo stato di emergenza dichiarando l'EMERGENZA NORD AFRICA. Il centro è stato gestito per due anni dalla Croce Rossa, il 28 febbraio del 2013 lo stato non ha più concesso finanziamenti e la Croce Rossa stava per chiudere il centro quando i ragazzi hanno occupato e autogestito. Era abitato da 44 ragazzi provenienti dal Ciad, Mali, Sudan ed Etiopia, attualmente sono in 10 principalmente del Ciad e del Mali. Io faccio la volontaria nel centro e aiuto nella gestione sanitaria. I ragazzi principalmente presentano disturbi psicosomatici: principalmente colpiscono l'apparato gastro- enterico con gastriti e coliti; l'apparato mu-

scolo scheletrico con cefalee, per le quali prendono spesso antinfiammatori; l'apparato urogenitale con impotenza e eiaculazione precoce e il sistema cutanea, importante è un caso di prurito sine materia senza segni obbiettivi rilevanti era semplicemente la manifestazione del conflitto che il corpo aveva segnalando l'estraneità rispetto al contesto. La pelle diventa sede del conflitto di adattarsi alla nuova realtà e il timore di perdere se stessi , la propria identità di partenza ed il rassicurarsi restando se stessi con il conseguente timore di restare sempre emarginati rispetto al contesto. Un caso molto difficile è stato un caso di un sudanese che aveva problemi di alcolismo e che spesso creava scompiglio all'interno del centro probabilmente nell'alcol riversava tutta la sua sofferenza legata all'abbandono della propria terra e dei propri familiari. Importante anche il caso di G. di etnia somala di depressione conclusasi con un suicidio. Si è infatti lanciato dal quarto piano dell'edificio in cui abitava a Firenze in quanto dopo il 28 Febbraio la comunità somala si era spostata lì a causa della sospensione delle cure mediche che non aveva più ricevuto dopo la chiusura del centro.

Bibliografia Essenziale

N.W.Ackerman, Psicoterapia familiare: teoria e pratica, Am. J. Psychother, 1966.

M. Andolfi, Tempo e mito nella psicoterapia familiare, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

Ayaan Hirsi Ali, Infedele, Rizzoli, 2007.

M. Benvenuti, Andata e Ritorno per il diritto di asilo costituzionale in Diritto, Immigrazione e Cittadinanza n°2, 2010.

W. R. Bion Esperienze nei gruppi, Armando editori, Roma, 1961.

G. Bolaffi, Una politica per gli immigrati, Bologna, 1996.

P. Bonetti e L. Neri, Diritto degli stranieri, Padova, 2004.

Boano C., Floris F., Città nude. Iconografie dei campi profughi, Franco Angeli, Milano, 2005.

E. Colombo, Le società multiculturali, Carocci, 2002.

Coppo P., Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Fabrizio Floris, Eccessi di città: baraccopoli, campi profughi, e periferie psichedeliche, Paoline, Milano, 2007.

G. O. Gabbard, Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.

S.Geraci, B. Maisano, M. Mazzetti, Migrazione, Salute, Cultura, Diritti. Un lessico per capire, Caritas diocesana – area sanitaria, 2005.

Gino Strada, Pappagalli verdi: cronache di un chirurgo di guerra, Feltrinelli, 1999.

Gino Strada, BusKashì: viaggi dentro la guerra, Feltrinelli, 2002.

Emergency, Medici di guerra- Inviati di pace, Guerini e associati, 2002.

Giuseppe Villarusso, Incontro all'Afghanistan, Arca, 2006.

Michele Costanzo, Architetture di pace, ospedali di guerra – Le strutture sanitarie di Emergency, Mancosu Editore, 2007.

Mario Lancisi, Gino Strada. Dalla parte delle vittime, Piemme, 2009.

J. L. Moreno, Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma, Gruppo editoriale Fabbri, Sonzogno, Milano, 1953.

B. Nascimbene, Unione Europea. I trattati. L'Europa in movimento, raccolta di testi e documenti, Giappichelli, 2010.

P. Ribecco, F. Vizza, Richiedenti asilo, Catanzaro, 2012.

C. Saccu, L'organo: storie di terapie, Rivista di terapia familiare n° 31.

G. Sirianni, La polizia degli stranieri, Torino, 1999.

Soccorsi S., Palma G., Il disagio dell'operatore: punto di partenza per una ristrutturazione dei servizi psichiatrici, Rivista di terapia familiare n°6, 2006.

D.W. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma, 1974.

C.A. Whitaker, *considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia*, Astrolabio, 1989.

Van der Kolk, B. Weisaeth, L. Van der hart, *History of trauma in psychiatry*, 1996.

Sitografia essenziale

http://www.provincia.pv.it/attachments/article/491/manuale_da_campo.pdf

<http://www.wikipedia.org>

<http://www.unponteper.it>

<http://stranieriinitalia.it>

<http://portale-solidale.it>

<http://www.unhcr.it>

<http://www.aidos.it>

<http://www.cir-onlus.org>

Ringraziamenti

Ringrazio prima di tutto la mia famiglia per il supporto economico e morale che mi ha dato in questi anni e il Dott. Lupia , Nella e la Dott. Bruno per il grande aiuto che mi hanno dato nel momento più buio della mia vita. Ringrazio inoltre il mio relatore prof. Giuseppe Evangelista per la sua grande disponibilità e tutti i miei amici.

Dedico la mia vittoria a mio fratello Raffaele.